*Extrait de la* Revue Médico-Pharmaceutique de Constantinople.

**Année XXIV. N° 24.—Décembre 1911.**

17



# L'HYSTÉRECTOMIE TRANSCERVICALE, ABDOMINALE ET VAGINALE.

*Communication faite à la Séance du 26 Juin 1908 de la Société Impériale de médecine* (1) *de Constantinople,*

par le Docteur Alexandre Pacha Kambouroglou,
Chirurgien en chef des Hôpitaux Allemand et Russe.

## I. Abdominale.

La technique de l'Hystérectomie abdominale pour tumeurs fibreuses a subi un grand nombre de modifications pendant son évolution depuis les premières opérations jusqu'à nos jours,c'est à-dire dans l'espace de 30 ans, mais tous les procédés qui en sont résultés avaient ceci de commun qu'ils préconisaient la voie de haut en bas, jusqu'au moment où un opérateur distingué,M. le Dr E. Doyen, de Paris, a inauguré la voie de bas en haut, le procédé anatomique, comme il appelle par un mot collectif le principe qu'il applique à toutes ses opérations. Jusqu'à cette époque, que l'on ait fixé le pédicule en dehors de la cavité péritonéale, ou que l'on ait préféré la méthode de pédicule perdu, que l'on ait pratiqué une hémostase préventive par le lien élastique ou non, que l'on ait pratiqué l'hystérectomie sus-vaginale, subtotale ou totale, c'est toujours à la hauteur des cornes de l'utérus que l'on commençait à sectionner, après ligature, les ligaments larges pour arriver progressivement à les séparer jusqu'à la hauteur du col et à trancher celui-ci ou à ouvrir le vagin pour terminer l'opération par l'ablation presque totale ou totale de l'organe et de son néoplasme fibreux ou musculo-fibreux. C'est le mérite de M. E. Doyen d'avoir indiqué et exécuté

(1) Inédite pour cause de longue maladie de l'auteur.

le procédé de bas en haut qui offre des avantages sérieux tant pour l'opérateur, qui est agréablement impressionné de constater après la ligature de l'artère utérine, l'affaissement des grosses veines par le reflux de leur contenu vers le centre et de voir ainsi son œuvre facilitée, que pour les opérées qui conservent tant de liquide très précieux surtout pour elles, qui sont, dans le plus grand nombre des cas, anémiées à la suite de ménorrhagies et métrorrhagies.

Après ces considérations générales, je m'empresse de vous dire que la méthode d'hystérectomie abdominale, qui forme le sujet de la première partie de ma communication, est due à un autre opérateur habile de Paris, M. J. L. Faure, agrégé à la faculté, et se trouve exposée dans son livre qui porte le titre de *Leçons de clinique et de technique chirurgicale* (Paris, Masson et Cie 1905). M. Faure a observé que l'utérus est fortement attaché au fond du bassin surtout par son propre tissu et que si l'on sectionne son col, les ligaments larges et autres plis péritonéaux n'offrent aucun obstacle à son extériorisation, c'est-à-dire au déplacement de tout l'organe avec une tumeur, si grande qu'elle soit, en dehors non seulement du petit bassin mais aussi de la cavité abdominale. Il a constaté aussi que la section du col de l'utérus à sa partie la plus mince ne saigne presque pas. Se basant sur ces deux faits il a imaginé son procédé qui réunit les avantages de la méthode de bas en haut aux autres avantages de ne pas ouvrir le vagin, qui est pourtant une difficulté dans l'application de l'asepsie, de conserver aussi la forme intacte de celui-ci, qui est assez important pour les jeunes femmes, et de ne pas supprimer le soutien de la vessie, qui est constitué par le col de la matrice. A ces avantages il faut ajouter que son exécution est plus facile et plus rapide que celle de l'hystérectomie totale. Il me paraît donc que ce procédé est destiné à devenir l'opération de choix (en dehors des cas de tumeur maligne) toutes les fois qu'un développement des tumeurs dans les ligaments larges et le petit bassin ou une rigidité des tissus très forte n'empêchent l'extraction de l'organe en dehors du petit bassin, celle-ci étant la première condition pour son exécution normale. Dans ces dernières circonstances, on devra recourir au procédé latéral (dit méthode américaine) de Howard Kelly qui permet aussi l'ablation transcervicale après l'exécution du premier temps de l'opération comme nous verrons

plus bas. Le volume de la tumeur n'est pas un obstacle, comme il m'a été donné d'observer dans la plupart des cas que j'ai opérés. Car vous savez, Messieurs, que si à Paris les femmes se présentent à l'*opération* avant que la tumeur ait acquis le volume d'une orange de Jaffa, chez nous elles ne se décident à *consulter* que lorsque la tumeur a atteint le niveau de l'ombilic; ainsi à l'exception de un ou deux, tous les cas opérés par moi concernaient des tumeurs ayant atteint et dépassé l'ombilic.

Brièvement exposé, le procédé s'exécute de la façon suivante d'après les indications de son inventeur, et que l'on trouvera longuement et magistralement exposées dans le livre susmentionné. A la position de Trendelenburg et après incision de la paroi abdominale, la tumeur est retirée à l'aide de pinces à griffes, ou *mieux de l'érigne élicoïde* en dehors de la cavité abdominale et *fortement* basculée et tenue par un aide, sur le pubis ; je passe outre des applications des compresses et de tout le reste, comme sus-entendu pour toute opération. Par la manœuvre sous-indiquée la face postérieure du col et la partie supérieure du vagin se présentent suffisamment bien à l'opérateur pour qu'il puisse attaquer avec des ciseaux le col dans sa partie la plus mince qu'il découvrira à l'aide de la palpation avec l'index gauche. Un autre point de répère sûr que j'ai constaté et que je vais vous indiquer est l'insertion au col des ligaments sacro-utérins. Par la forte traction en avant sur le pubis ces ligaments, ou plis péritonéaux, se distendent et se dessinent fortement ; en incisant à la hauteur de leur attache au col, on est sûr de tomber sur la partie la plus mince de celui-ci. Mais cet indice n'est pas constant et, souvent, surtout dans les cas de grande tumeur, ces plis sont effacés ; alors on sera guidé par la palpation qui est un moyen facile et sûr. Par quelques coups de ciseaux on sectionne le col hardiment jusqu'au moment où les ciseaux tombent dans le tissu cellulaire vésico-utérin et ne rencontrent plus de résistance, car il n'y a pas de danger de léser quoi que ce soit en dehors de l'une des artères utérines qui peut être parfois atteinte, si par un cours anormal elle s'approche trop du col ou de sa face postérieure ; cet évènement n'est pas un grand malheur car il s'annonce de suite par le jet de sang et il y est vite remédié par l'application d'une pince. Après la section du col, sur lequel on applique une pince à griffes, on constate que non seulement grâce à l'élasticité des ligaments et le cours en spirale

de l'utérine, la tumeur est devenue libre et se laisse facilement élever à la hauteur, mais aussi que par cette élévation le sang reflue vers le centre et les veines des ligaments se dégorgent ; les ligaments deviennent comme deux pédicules que l'on prend facilement avec une grande pince, ou dans les cas des grandes tumeurs avec deux,de chaque côté et l'on sectionne ; la tumeur ne tient plus que par le pli péritonéal vésico-utérin que l'on détache un peu de la matrice avant de le sectionner pour le ménager suffisamment large à la péritonéisation du moignon. Maintenant on applique les ligatures aux ligaments larges après écrasement,si nécessaire,avec la pince-écraseur Doyen, et on retire,à l'aide de la pince à griffes appliquée et après enlèvement de la grande compresse qu'on y avait bourré, le moignon pour constater s'il saigne, faire dans ce cas l'hémostase par deux ou trois sutures profondes et cautériser, si l'on veut, le canal du col. On rabat ensuite le pli vésico-utérin pour couvrir les moignons du col et des ligaments larges et on ferme la plaie abdominale. Nous avons vu par ce court exposé que le seul inconvénient serait la lésion de l'utérine mais que cet inconvénient n'est pas sérieux.

Si pourtant la tumeur est enclavée dans le petit bassin, on est forcé de commencer par un autre procédé, le latéral ou américain de Howard Kelly ; mais après pincement et section de haut en bas de l'un des ligaments larges, droit ou gauche selon la position que l'opérateur est habitué à prendre et ligature de l'artère utérine de ce côté, lorsqu'on est arrivé à la partie mince du col on sectionne celui-ci et l'on bascule la tumeur sur le côté opposé pour terminer l'opération de bas en haut ; c'est une opération de haut en bas pour la première moitié et d'après Faure pour sa seconde.

Voici en quelques mots ce nouveau procédé qui réunit tous les avantages pour devenir une opération de choix comme je le disais tout à l'heure. Conservation du principe opératoire de bas en haut ; conservation du soutien du bas-fond de la vessie par la conservation du moignon du col ; conservation du vagin intact, ce qui est très important non seulement au point de vue cosmétique, académiquement ou platoniquement parlant, mais aussi pour son fonctionnement chez les jeunes femmes (et elles sont presque toutes jeunes celles qui subissent cette opération) qui conservent leurs ovaires en entier, ou au moins en partie, et un vagin intact, n'étant que stérilisées à jamais,

mais pour le reste des femmes complètes ; rapidité et facilité d'exécution de l'opération.

Mr J. L. Faure appelle son procédé Hystérectomie (abdominale) par décollation ; j'ai trouvé qu'il serait plus élégant de l'appeler *transcervicale*, ce qui permettrait aussi de former le terme latin *Hysterectomia* (abdominalis) *transcervicalis*. Ainsi en vous recommandant, Messieurs,ce procédé,je soumets à l'appréciation générale l'indication pour la section du col au point d'insertion des Ligaments sacro-utérins et la nouvelle dénomination. Mais en dehors de cette opération, je signale le livre de Mr J. L. Faure à votre attention pour le reste de son contenu ; vous trouverez que tous les chapitres sont également intéressants.

**II. Vaginale.**

Faisant suite à la première partie de ma communication je vous présente, Messieurs, un fibrome de la matrice que j'ai enlevé, il y a quelques jours, par la voie vaginale et par mon procédé transcervical. C'était un fibrome multiple plus gros que deux poings, enclavé dans le petit bassin et occasionnant des douleurs et des troubles dans le fonctionnement des organes avoisinants en dehors des ménorrhagies ; il a été morcelé lors de l'opération et vous voyez un morceau de la grandeur d'une petite pomme et deux autres, bosselés, chacun aussi grand qu'un poing. Vous savez bien que cette voie a été utilisée par plusieurs chirurgiens mais que c'est surtout le Professeur Dührsen deBerlin qui l'a cultivée et développée au point d'enlever non seulement de gros sacs adhérents de salpingite mais aussi de grands kystes de l'ovaire adhérents et des fibromes d'un volume très respectable avec ou sans morcellement. Je ne prétends pas autant et je ne vous ai présenté cette tumeur, pourtant assez sérieuse, que pour vous exposer mon procédé transcervical.

La cause essentielle qui m'a engagé à chercher une modification de l'hystérectomie vaginale était l'impression désagréable que j'avais en explorant les vagins mutilés des jeunes femmes, qui ont été totalement hystérectomisées,soit par moi soit par d'autres confrères, par la voie, soit vaginale,soit abdominale,et la pensée que cette cicatrisation du fond du vagin ne manquerait d'engendrer à la longue des conséquences fâcheuses pour la vessie.

Il y a cinq à six ans, une dame de 25 ans s'é[illegible] présentée, avec son médecin traitant, à mon se[illegible]

pour réclamer l'enlèvement total de son utérus, dont le tissu était normal. J'exposerai son historique puisqu'il est un exemple de manie opératoire de la dame et peut-être aussi de prurit opératoire de nous autres.

Cette dame était, en effet, dans un état mental voisin de la folie et elle attribuait son état à ses organes génitaux internes, dont elle voulait se débarrasser à tout prix. Autant que nous avons pu constater avec son médecin traitant, elle a commencé à souffrir bientôt après avoir, à 18 ou 20 ans, voué ses organes génitaux à leur prédestination naturelle. Il est certain qu'alors on a constaté une rétroversion et peut-être aussi une endométrite légère. Une infection quelconque était positivement exclue, par l'expérience très positive de ses collaborateurs, restés indemnes pendant tout le temps de ses souffrances Elle a été traitée d'abord par des pessaires et des applications médicamenteuses, puis par des curettages répétés, sans négliger le traitement général ; après, probablement, par des tentatives de vagino-fixation pour redresser la matrice; car à l'opération j'ai trouvé un morceau de trois centimètres d'une aiguille chirurgicale transpercé dans le tissu utérin à la hauteur de l'orifice interne. Malgré toutes nos recherches nous n'avons pas pu avoir des renseignements précis là-dessus ; mais elle avait passé par tant d'opérateurs et elle avait subi tant d'opérations! Malgré tous ces traitements ses douleurs ne faisaient qu'augmenter et son état nerveux s'exaspérait d'une façon inquiétante ; et comme on ne constatait qu'une rétroversion, on a décidé de procéder à l'hystéropexie par laparotomie. L'opération a pleinement réussi et si bien qu'on a été obligé de faire une seconde opération pour libérer l'utérus, car après la première laparotomie, elle souffrait plus que jamais et la vessie s'était mise aussi de la partie.

Après toute cette Odyssée opératoire, elle s'est présentée à mon service réclamant la mutilation génitale. A l'examen on constatait un amaigrissement sérieux et un état mental voisin à la folie, comme je disais plus haut, mais tous les organes était en parfait état et localement on ne constatait que la rétroversion. La malade se plaignait pourtant de fortes douleurs qui, à son dire, l'exaspéraient et étaient la cause de sa maladie. Pendant six mois nous avons inutilement essayé, avec son brave médecin traitant, de la dissuader ; finalement je lui ai dit que nous n'étions pas autorisés à lui enlever la possibilité de devenir mère. Elle a répondu qu'elle ne s'est jamais soustraite à cette possibilité mais que l'évènement

heureux ne voulait pas se produire et que son fiancé actuel était d'accord pour renoncer à ce bonheur ; en effet le jeune homme,qui avait les meilleures intentions, a également consenti.

J'ai dû donc me décider à l'opérer, mais j'ai pris la ferme résolution de lui conserver son vagin intact. Mal m'en a pris, comme je vais vous le raconter bientôt.

J'ai ouvert par une incision transversale le cul-de-sac postérieur du vagin et, après avoir retiré à travers cette ouverture le fond de l'utérus dans le vagin, j'étais occupé à libérer l'organe par la ligature progressive et la section des ligaments larges des deux côtés lorsque, arrivé à la hauteur du col (dans la position renversée de l'utérus on opère de bas en haut ; anatomiquement de haut en bas) mon instrument a heurté un objet métallique ; j'ai exploré avec le doigt, j'ai incisé avec précaution et finalement j'ai enlevé le morceau d'aiguille chirurgicale susmentionnée. Après cet incident, l'opération fut continuée et l'utérus libéré complètement a été séparé de la partie inférieure (partie vaginale) de son col par quelques coups de ciseaux d'avant en arrière (à cause de sa position renversée : anatomiquement d'arrière en avant) jusqu'au tissu cellulaire vésico-utérin ; alors le pli péritonéal vésico-utérin fut décollé de la face antérieure de l'utérus et sectionné après fixation avec une pince à dents de souris ; l'utérus fut enlevé, mais les ovaires ont été laissés en place. La surface de section du col saignait à peine ; pourtant deux sutures profondes furent appliquées, le lambeau péritonéal fixé par-dessus et l'ouverture du vagin fermée selon l'art,après introduction d'une petite mèche de gaze stérilisée pour drainer le Douglas. Tamponnement léger du vagin.

Les suites opératoires furent très simples pour la malade,qui fut *guérie de l'opération* dans quinze jours, mais elles ne le furent pas pour l'opérateur, malgré le succès opératoire. Car la malade n'étant pas d'emblée délivrée de ses souffrances, a commencé à consulter et il s'est trouvé des confrères assez innocents pour lui dire qu'on n'avait pas enlevé tout, ou rien du tout, induits en cette erreur par la présence du col.C'était alors un assaut de reproches de la dame et de son fiancé,qui était devenu tellement désagréable, malgré toutes les explications de tous les confrères,que j'ai dû le menacer d'un procès en diffamation. Voilà pourquoi j'avais dit que mal m'en avait pris de con-

server le col ! Je dois pourtant ajouter que trois ans plus tard une dame élégante, aux formes arrondies, se présenta à ma consultation pour remercier et elle m'a mis dans la situation pénible de supposer chez moi une perte de mémoire fâcheuse. Elle ne m'a pas laissé heureusement pour longtemps interdit et se fit connaître en présentant ses excuses et celles de son mari. maintenant, pour les faits d'alors. Tellement elle avait changé !

Et maintenant une petite critique sur ce cas spécial. Doit-on attribuer toutes les douleurs et toutes les souffrances à l'aiguille transpercée dans le tissu de la matrice ? Est-on autorisé à considérer l'opération comme ayant été inutilement exécutée ? Je ne le crois pas, puisque la dame a commencé à souffrir avant toute intervention ; le traitement, et les pessaires et les premières opérations n'ont servi à rien ; l'Hystéropexie ou Ventrofixation a provoqué des troubles vésicaux. Il est vrai que si l'aiguille a été introduite avant cette opération, ce qui est le plus probable mais qui n'a pu être établi, ce corps étranger peut avoir contribué, en partie, à l'insuccès de l'opération; mais les troubles vésicaux ne peuvent être expliqués que par le déplacement en avant et la fixation de la matrice. Je crois donc plutôt qu'il s'agissait d'un de ces cas extraordinaires qui justifient bien l'opération mais qui ne doivent pas servir d'exemple pour mutiler toutes les femmes qui sont plus ou moins incommodées par une rétroversion libre mais rebelle.

Pour revenir à notre sujet, je vous dirai que malgré les péripéties de ce cas, le succès opératoire m'a encouragé pour l'exécuter encore une fois, mais je dois aussi avouer que c'est l'étude du livre de Mr J.L Faure et l'exécution de plusieurs cas par la voie abdominale qui m'ont complètement édifié sur ce sujet et engagé à persévérer dans la voie que je me suis tracé. Je suis donc arrivé à mon cinquième cas que je viens de vous exposer et j'ose maintenant proposer cette opération au lieu de l'Hystérectomie vaginale totale, comme celle de choix offrant les mêmes avantages que le procédé transcervical par la voie abdominale, dans tous les cas de nature inflammatoire ou néoplasique dans lesquels il n'y a pas une contre-indication formelle.

Je me hâte de dire que, comme pour sa congénère, les cas de dégénérescence maligne sont naturellement exclus. Le volume jouerait un rôle qui n'existe pas chez l'autre, mais la limite exacte sur ce

point ne peut pas être facilement établie ; elle dépend beaucoup de la prédilection personnelle de l'opérateur ; néanmoins, nous pouvons avancer que l'incision du vagin en T et le morcellement permettent d'aller assez loin. Il est vrai que la brèche établie par le procédé usité de l'ablation totale est plus grande et permettrait d'aller encore plus loin, mais les avantages de l'ablation transcervicale me paraissent si grands que l'on devrait très volontiers renoncer à cette supériorité de la totale. Des adhérences très fortes seraient aussi une contre-indication en tant qu'elles ne permettent le renversement et l'extraction du fond de l'utérus par l'ouverture vaginale. N'ayant pas eu de cas semblables à opérer, je ne puis pas avoir une opinion bien définie sur ce point.

Un reproche commun à toutes les opérations respectant une partie du col, est la possibilité d'une reproduction d'une tumeur fibreuse ou la dégénérescence maligne de ce moignon. Je crois que cette appréhension est un peu exagérée ; du moins mon expérience ne m'autorise pas à la partager.

Les différents temps de l'opération seraient les suivants :

Après préparation, selon l'art, du champ opératoire, dans la position de la taille avec bassin un peu surélevé, application des valves du choix de l'opérateur :

*Premier temps* : Ouverture de la cavité de Douglas par une incision transversale longitudinale ou en T selon la préférence de l'opérateur et le volume de la tumeur. Jusqu'à présent l'incision transversale m'a suffi ; mais celle en T donne évidemment plus de place.

*Deuxième temps* : Extraction à travers cette ouverture de l'organe renversé sans ou après morcellement à l'aide de la pince à griffes, ou mieux de l'érigne élicoïde, ou en cas de fibromes multiples et de morcellement avec mes pinces fénêtrées et rayées pour le morcellement que vous connaissez et qui sont fabriquées, depuis 1895, par la maison Mathieu de Paris en grandeurs différentes.

*Troisième temps* : Ligature progressive et section des ligaments larges ; on applique trois, quatre ligatures ou davantage et en dernier lien on prend dans la ligature l'artère utérine ; la matrice doit être maintenant complètement libérée et ne tenir que par son col, les ovaires sont laissés en place en tant qu'ils sont en état normal. Pendant tout ce temps, vu le renversement de l'organe, on opère de bas en haut tandis qu'en

réalité c'est de haut en bas que l'on procède. C'est le contraire du procédé abdominal où l'on commence par la section du col.

*Quatrième temps* : Section du col utérin d'avant en arrière, en réalité et anatomiquement d'arrière en avant, jusqu'au pli péritonéal vésico-utérin. Application d'une pince à griffes sur le moignon.

*Cinquième temps* : Décollement du pli vésico-utérin de la face antérieure de la matrice ; application d'une pince à dents de souris sur ce lambeau et section de celui-ci. L'organe et la tumeur sont enlevés.

*Sixième temps* : Hémostase de la surface de section du col par des sutures profondes, si c'est nécessaire. On enlève la pince à griffes fixant le moignon.

*Septième temps :* Péritonéisation du moignon par le lambeau rabattu et fixé à l'aide de quelques points de suture.

*Huitième temps :* Fermeture de l'ouverture vaginale, par suture péritonéale perdue et suture de la paroi vaginale, après introduction d'une mèche de gaze stérilisée pour drainer le Douglas. Pansement par tamponnement, pas très fort, du vagin.

Le point le plus difficile de l'opération m'a paru, dans un cas inflammatoire avec annexite, l'extraction de l'organe après son renversement ; tout le reste n'est qu'une question de patience et l'opération en général me paraît plus facile que l'Hystérectomie vaginale totale.

Telle est l'opération à laquelle je vous propose de donner la préférence dans tous les cas néoplasiques ou inflammatoires avec ou sans annexites, excepté ceux de tumeur maligne.

Je vous demande si vous avez trouvé une proposition semblable dans la littérature, car mes recherches à ce sujet ont été négatives.

Le Docteur de Fabii, Chirurgien de l'Hôpital R. Italien, dit qu'il ne se souvient pas d'avoir lu quelque chose de pareil ; il demande si la péritonéisation peut être bien faite avec le lambeau.

Le Docteur Dallas, Chirurgien émérite de l'Hôpital National Grec, n'en sait rien non plus et trouve l'opération bonne ; il croit qu'elle aurait du succès.

Le Docteur Christophoridès demande si l'examen microscopique a écarté le soupçon de malignité de la tumeur.

Le Docteur Kambouroglou affirme que le lambeau péritonéal a toujours été suffisant pour couvrir le moignon. Quoi-

que l'aspect de la tumeur exclut l'idée d'une malignité ,pourtant l'examen microscopique, fait par principe, a confirmé la nature bénigne de ce néoplasme.

